In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Cancer du sein

Pr Afri Belfort 2015

- il est la première cause de morbidité et de la mortalité par cancer de la femme
- le dépistage systématique permet de réduire la mortalité

HISTOIRE NATURELLE

La maladie locale

L'adénocarcinome mammaire est une maladie diffuse de l'épithélium glandulaire avec passage de l'hyperplasie atypique au carcinome in situ puis à la tumeur invasive avec rupture de la membrane basale.

L'atteinte régionale

- **L'envahissement ganglionnaire** est un **facteur pronostique.**
  - **L'extension pour les tumeurs externes** se fait vers les ganglions axillaires puis vers le creux sus-claviculaire.

  -**Pour les tumeurs internes et centrales,** l'envahissement se fait vers la chaîne axillaire et mammaire interne.

La maladie générale

- le cancer du sein est souvent une maladie d'emblée généralisée ,d'où l'intérêt d'un traitement médical adjuvant
- Les sites métastatiques les plus fréquents : le foie, l'os, les poumons et la plèvre, les glandes surrénales, la peau, le cerveau.

ANATOMOPATHOLOGIE

Epithélioma glandulaire

Epithélioma galactophorique :80% des cancers du sein.

- l'épithélioma :
  - in situ (carcinome intracanalaire) :

    - il n'a pas franchi la basale. Il ne donne pas d'envahissement ganglionnaire ;

    - son pronostic est excellent (il est traité par mastectomie simple, mastectomie sous-cutanée) ou, pour les carcinomes canalaires in situ localisés, par l'exérèse de la zone suspectée, suivie d'irradiation au sein ;
  - invasif :

    - carcinome canalaire infiltrant de forme commune (75% des

adénocarcinomes) ;

- carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanalaire prédominante ;
- carcinome médullaire à stroma lymphoïde ;
- carcinome colloïde ;
- carcinome tubulaire ;
- cylindrome ;
- squirrhe atrophique ;

- **inflammatoire,**
- Epithélioma lobulaire : 5 à 15% des cancers du sein.
- In situ, volontiers bilatéral ; le risque d'évolution vers un cancer invasif est faible, mais il s'agit d'un facteur de haut risque.
- Invasif, fréquemment bilatéral et multicentrique.
- **Maladie de Paget du mamelon se manifeste comme** un " eczéma " du mamelon et est associée à une prolifération intragalactophorique ou invasive. Elle est en rapport avec la localisation intraépidermique du carcinome.

Grade histopronostique de Scarff et Bloom est fondé sur le degré de différenciation de la tumeur

EPIDEMIOLOGIE

- fréquence augmente avec l'âge.
- Rare avant 40 ans

Facteurs de risque

- puberté précoce ;
- ménopause tardive.
- nulliparité ;
- absence d'allaitement ;
- première grossesse tardive
  (l'exposition prolongée aux estrogènes de la glande mammaire n'ayant pas subi les épisodes de différenciation liés à la grossesse) l'irradiation .
- une alimentation riche en graisse animale, souvent source d'une obésité,
- mastopathie fibrokystique
- Facteurs familiaux

Il existe des formes familiales de cancer du sein lié à la transmission héréditaire d'un gène muté, le gène BRCA1 et le gène BRCA2

Diagnostic

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- Une tuméfaction
- Une anomalie du mamelon (deviation ,retraction ,écoulement sérosanglant, maladie de Paget).
- Une adénopathie
- une métastase faisant rechercher le cancer primitif.
- Un sein inflammatoire.
- Une mastodynie
- une mammographie de dépistage.

EXAMEN CLINIQUE

<u>Interrogatoire</u> Il recherche :

- les antécédents gynécologiques (facteurs de risque du cancer, ménopause ou non)
- la date d'apparition du nodule ;
- les signes d'évolutivité récents (augmentation rapide de la taille de la tumeur) ;

<u>Examen clinique</u>

- Bilatéral et comparatif,
- il précise
- L'aspect de la peau , du mamelon
- la taille , la mobilité , la consistante, la régularité ,le siège de la masse au niveau de quel quadrant du sein
- La palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires à la recherche d'une adenopathie ;
- il est consigné sur un schéma daté avec mensurations.

- Les arguments en faveur de la malignité sont :
  - le caractère mal limité ;
  - la dureté ;
  - l'adhérence à la peau : spontanée, réalisant une fossette ou lors du pincement avec signe du capiton ;
  - une peau d'orange ;
  - l'adhérence au plan profond muscle pectoral (manœuvre d'adduction contrarié de tillaux) apprécie la mobilité de la tumeur sur le plan profond est elle la mobilité est diminuée lorsqu'on fait contracter le grand pectoral
  - la palpation du creux axillaire à la recherche d'adénopathies dures petites indolores, voire fixées est suspecte .
- Le siège de la tumeur, sa taille, sa mobilité sont notés.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La mammographie

- Elle est caractéristique devant :
  - une opacité dense, hétérogène stellaire ;
  - à contours irréguliers, spiculés ;
  - dont le volume est inférieur à la masse palpée à cause d'un halo d'œdème péritumoral ;
  - une rétraction cutanée ;
  - un épaississement cutané en regard.
  - contenant des microcalcifications punctiformes groupés en foyers irregulieres
  -

L'échographie

- Elle complète la mammographie dans les cas douteux. Elle est indiquée chez la femme jeune aux seins denses.
- Elle objective une image échogène, hétérogène, à grand axe oblique ou vertical, à limites floues, de taille irrégulière, sans renforcement postérieur.

La galactographie est pratiquée devant un écoulement mamelonnaire

La cytologie

- **Réalisées par ponction à l'aiguille , s**a spécificité est excellente.
- Mais la négativité n'élimine pas le diagnostic.

Microbiopsie au pistolet (tumeurs palpables ou repérables à l'echo)

Macro biopsie au mammotome (pour les lésions non palpables et non repérables en echo c'est-à-dire les foyers de micro calcifications**)**

L'anatomopathologie

- permet seul **d'affirmer le diagnostic** ;
  - il permet le **grading histopronostique** de Scarff et Bloom ;
  - **dosage des récepteurs hormonaux** aux estrogènes et à la progestérone ;
  - étude en **cytométrie de flux.**

.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Devant une tumeur se pose avec :

- l'adenofibrome :
- le kyste :
- un hématome :;
- un abcès du sein, dans les formes inflammatoires ;

Toute tumeur doit être considérée a priori comme un cancer et le doute impose la tumorectomie pour examen histologique, notamment extemporanée.

Devant un écoulement unilatéral de mamelon

L'examen histologique du galactophore et du tissu glandulaire correspondant éliminera définitivement une ectasie, un papillome.

BILAN PRONOSTIQUE

Le pronostic ne peut être précisé qu'après un bilan.

Le terrain

- l'état général
- le statut hormonal (en activité génitale ou ménopausée) ;
- pathologie contre-indiquant un traitement

Extension locale

la classification TNM

Extension à distance

- Clinique : douleur osseuse, palpation hépatique
  examen neurologique .
- telethorax
- échographie abdominale
- scintigraphie osseuse

- marqueurs tumoraux : CA 15.3 (utile pour la surveillance)

Classification TNM

* Tumeur T :

- T0 : tumeur non palpable ;
- T1 : tumeur inférieure à 2cm ;
- T2 : tumeur de 2 à 5cm ;
- T3 : tumeur strictement supérieure à 5cm ;
- T4 : tumeur avec extension à la paroi ou/et à la peau et les tumeurs

inflammatoires.

* Ganglions N :

- N0 : absence de ganglion lymphatique axillaire homolatéral palpable ;
- N1 : adénopathies axillaires homolatérales mobiles considérées comme envahies (N1b) ou non (N1a) ;
- N2 : ganglions homolatéraux fixés en bloc ;
- N3 : adénopathies mammaires internes.

- Métastases M :
  - M0 : pas de métastase retrouvée ;
  - M1 : métastases (adénopathies sus-claviculaires incluses).

Il faut noter que, en l'absence de précisions suffisantes pour les classer, ils seront cotés : Mx.

FACTEURS PRONOSTIQUES :

- l'age inferieure à 35 ans (mauvais pronostic)
- la grossesse (mauvais pronostic)
- **la taille de la tumeur** ;
- **tumeur inflammatoire (mauvais pronostic)**
- **l'envahissement cutané ou pariétal ;**
- **l'envahissement ganglionnaire axillaire** si 3 ganglions positifs ou plus ; la rupture capsulaire
- **le grade histologique de la tumeur** (Scarff, Bloom et Richardson) plus une tumeur est indifferncié plus son pronostic est mauvais ;
- **la présence d'emboles peritumoraux vasculaires ;**
- **le taux des récepteurs hormonaux** intratumoraux, surtout de récepteurs à estradiol , l'absence de recepteurs hormonaux signe une tumeur indifferencié de mauvais pronostic
- la surexpression tumorale de HER2 (3+) est de mauvais pronostic

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

Traitement

METHODES

Chirurgie

- **Mammectomie radicale modifiée** avec curage axillaire conservant le pectoral (Patey) pour les tumeurs supérieures ou égales à 3cm ou multifocale ou résection non in sana.
- **Chirurgie limitée** (quadrantectomie, tumorectomie) associée à un curage limité axillaire qui nécessite une radiothérapie complémentaire.

Radiothérapie

- utilisée pour diminuer les récidives locorégionales (répartie sur 5 à 6 semaines).
- **Le traitement après mammectomie** irradie la paroi thoracique, et les aires ganglionnaires mammaires internes, sus-claviculaires, à des doses entre 45 et 50 grays.
- **Le traitement conservateur du sein** après la tumorectomie doit de plus irradier l'ensemble du sein (45-50 grays) avec complément d'irradiation sur le lit tumoral (+ 15-20 grays).
- Les complications sont :

- le lymphœdème surtout après curage étendu ;
- la radiodermite.

L'hormonothérapie

❖ Chez la femme non ménopausée

- La sécrétion d'estrogènes est diminuée par la castration chirurgicale, ou radiothérapique, ou analogues de LH-RH.
- Les **antiestrogènes** tels le tamoxifène (Nolvadex*) inhibant leur fixation sur les récepteurs (RO).

❖ Chez la femme ménopausée

- Le tamoxifène est le traitement adjuvant de référence chez la femme ménopausée, d'autant plus efficace que les RE sont positifs
- Les inhibiteurs non stéroïdiens de l'aromatase (anastrozole (Arimidex*), létrozole (Fémara*)

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

La chimiothérapie

On utilise une polychimiotherapie contenant une anthracycline : 6 cures de FEC (5-FU, epirubicine , la cyclophosphamide) ou FAC ou un protocole associant les taxanes

ATTITUDES THERAPEUTIQUES

- pour les petites tumeurs : association tumorectomie-radiothérapie
- pour les plus grosses tumeurs, la chimiothérapie néoadjuvante est proposée afin de diminuer le volume de la tumeur, qui deviendra alors accessible à un traitement conservateur ;
- Le **curage ganglionnaire** a un intérêt pronostique
- La **chimiothérapie adjuvante** augmente le taux de survie globale des patientes non ménopausées ayant un envahissement ganglionnaire.
- L'**hormonothérapie** par tamoxifène augmente le taux de survie sans récidive et de survie globale chez les femmes ménopausées ayant un envahissement ganglionnaire et/ou des récepteurs hormonaux présents dans la tumeur.